

O-6-08

DPCコーディングにおけるチェック体制について

京都第二赤十字病院 事務部

○澤田千恵美

【はじめに】 当院ではH24年度からDPCコーディングは医事課、または医師で作成し、病歴管理課でチェックする体制で適正なDPCコーディングに取り組んできた。このチェック体制が始まった当初は医事課には診療情報管理士が少なく、ICDコードの構造がわかりにくいこと、退院までにカルテ記載を見る時間が少ないことから診療情報管理士の配置がある病歴管理課で全件DPCコーディングチェックを行うことになった。現在この方法も5年目となり、人事異動から職員の配置も変わったためDPCコーディングのチェック体制を見直して新たな体制を試みることにした。

【これまでの問題点】 DPC確認票を出力して紙でチェックを依頼し、修正があればコメントを書いてもらう方法をとったが膨大な量となり病歴管理課には大きな負担となった。コーディングを変えたほうがよい場合も2つの課で検討する場を作っていなかったで医事課にとっては適正なコーディングとはどういうものかわかりにくい面があった。

【取り組み】 人事異動により、医事課でも診療情報管理士が増えたこと、少しずつでもDPCコーディングのポイントが理解出来てきたことを踏まえてチェックを転科した場合、出来高になったとき、担当者が課内で解決できないことに限定する。また病歴管理課でも間違えやすいコーディングを挙げてもらい合同で勉強会を開く。医療収益日線の医事課と適正なコーディング目線の病歴管理課では見解が一致しないコーディングもあり、最終的には医師に確認となるが、1入院で傷病名が複数あり、複雑な経過となったDPCコーディングは経験と知識がある診療情報管理士でも1人で決定することは難しい。そういう症例は「医事課病歴合同DPCコーディング検討会」から「DPC委員会」に実際の症例を挙げて医師、医事課、病歴管理課で適切なコーディングチェックに取り組み制度の高いDPCコーディングを目指す

O-6-10

DPCデータを用いた中等症の市中肺炎パス作成について

旭川赤十字病院 入院業務課

○佐藤 明彦、中島 雅己、寺口 大、橋本由美子

【はじめに】 当院では医療の標準化を目的に、これまでに約240種類のクリニカルパス（以下「パス」という。）を作成・運用しているが、肺炎については診療内容の標準化が難しいという理由からパスが作成されていなかった。しかしながら、今後、高齢化によって肺炎患者の増加が見込まれていることから、医師に重症度別でのパス作成を提案したところ、軽症～中等症についてはパス化が可能との回答であったことから、症例の多い中等症についてパス作成を行うこととした。

【方法】 DPCデータを用いて、中等症症例の医療資源投入量等について他病院とベンチマークを行い、改善すべきポイントがないか医師と協議しながら作成した。パスの日数については、平成28年度診療報酬改定にて導入されたCCPマトリックスより、中等症の年齢別入院期間Ⅱに合わせた日数とした。

【結果】 初回抗生剤の選択について、当院では高額薬剤の使用割合が他病院と比べて高い状況であったため、医師と協議し、他病院でも多く使用している、より安価な抗生剤をパスに設定した。平成28年4月からパスの適用を開始しているが、初回抗生剤の使用状況や在院日数等については、継続的に検証していく予定である。

【考察】 DPCデータを用いて、肺炎を重症度別に他病院とベンチマークし、医師と協議しながら診療内容を見直すことは、医療の標準化や効率化へ寄与するものと考えられる。今後もDPCデータを活用し、医師等へ情報提供する取り組みを継続して行っていきたい。

O-6-12

DPCⅡ群維持への取り組み

諏訪赤十字病院 経営企画課¹⁾、富山赤十字病院²⁾○打田 憲司¹⁾、五味恵里奈¹⁾、永田 雄也²⁾

【はじめに】 当院は諏訪医療圏の高度急性期医療を担っており大学病院本院に準じた機能を有する病院である「DPCⅡ群」に2期連続で分類されている。平成28年度の更新に向けて診療密度の基準を満たすための取り組みを行なった。

【方法】 1在院日数短縮：Ⅱ以内退院率を高めるため診療科ごと働きかけを行った。全国的に多い疾患でⅡ以内退院率が目標値より低い疾患に焦点を絞り、該当科のカンファレンスに出席し分析結果をプレゼンした。カンファレンスは医師・看護師・リハビリ・薬剤師・MSW等の多職種が参加しており、問題点を共有・検討することが出来た。2オーダー・医事入力：特定入院部に包括される処置・検査についても全て医事入力するよう運用変更した。腹部エコーの実施入力漏れがある為、診療録記載の徹底を医師に働きかけた。3モニタリング：Ⅱ以内退院率を診療科ごと割合の高い順にグラフ化して各種会議で報告。月1回の報告から毎週に頻度を変更。改善の乏しい診療科には個別に働きかけた。4増患対策：在院日数短縮により病床稼働が減少。対策として紹介患者の受入体制の見直しを行った。これまで緊急の紹介患者は開業医から各診療科へ直接やりとりを行い調整に難航することがあった。開業医からの受入を円滑にするため緊急の紹介窓口を医療連携課に一本化、救急科・総合診療科への受入体制を構築した。5研修生の協力：富山赤十字病院との人事交流により研修生が当院の経営企画課に加わり共同で取り組みを行った。富山日赤との詳細なベンチマークや取組事例の意見交換を行うことができ有益であった。

【結果】 取り組みの結果、課題の診療密度は基準値を満たすことができ3期連続でDPCⅡ群に分類された。しかし、診療密度は基準値ぎりぎりであり更なる取り組みが必要である。

O-6-09

DPC公開データから見た二次医療圏における浜松赤十字病院のシェア

浜松赤十字病院 企画課

○永原 弓子、中川 友希、高橋 里枝、前嶋 秀隆、古山 智一、源馬 照明、東 日出也

【はじめに】 浜松赤十字病院(以下当院と略す)は、静岡県の西部に位置する一般病床数312床の地域中核病院である。当院は、平成21年度にDPC(Diagnosis Procedure Combination_以下DPCと略す)準備病院となり、平成23年度にDPC参加病院となった。

【目的】 今回、われわれはDPCの公開データを基に、医療法第30条で定められた二次医療圏である静岡県西部医療圏(以下西部医療圏と略す)における当院のシェアを可視化したので報告する。

【方法】 DPC評価分科会で公開されている「DPC導入の影響に関する調査結果」の参考資料にある、平成22年度から平成26年度のデータをダウンロードし、西部医療圏DPC参加8病院のデータを抽出し、表計算ソフトExcelでグラフ化しSWOT分析を行った。

【結果】 当院の西部医療圏におけるDPC全体の過去5年間のシェアは、各年度で平均を下回っており、最低7.2%、最高8.1%の結果であった。MDC(Major Diagnostic Category_以下MDCと略す)別のシェアは、平成22年度は、MDC15小児、MDC11腎尿路、MDC08皮膚の順であったが、平成26年度は、MDC05循環器、MDC03耳鼻、MDC16外傷の順であった。

【考察】 腎尿路のシェアの変化は、西部医療圏の患者数が減少したわけではなく、当院の医師数が影響を及ぼしていると考えられる。また、耳鼻は、西部医療圏の患者数が増加しており、当院のシェアも伸びているため積極的展開で市場拡大の可能性があると考えられる。

【結語】 西部医療圏は、500床以上の4病院のシェアが大きいため当院の傾向がわかりづらいが、SWOT分析を行うことで当院のシェアが可視化できた。なお、シェアが大きいため収益性が高いとは言えないため、市場拡大には収益を含めた分析も必要である。

O-6-11

DPCデータを用いた救命救急入院料の適正な算定へ向けた取り組み

旭川赤十字病院 事務部 入院業務課

○脇田 嵩大、中島 雅己、寺口 大、橋本由美子

【はじめに】 救命救急センターに入室した際、定められた算定要件を満たす場合に算定できる「救命救急入院料」を適正に算定することは、当院の経営を支える大きな要素の1つと考えられる。今回は、他院と比べて救命救急入院料の算定率が低かった「肺炎」を取り上げて分析を行い、適正な算定へ向けて検討することとした。

【方法】 救命救急入院料の算定状況を、DPC調査データにある「肺炎の重症度分類」や「予定・救急医療入院区分」を用いて他院との比較を行い、どのような症例で算定ポテンシャルがあるのかを分析した。

【結果】 緊急入院した肺炎症例の算定状況を重症度別に比較すると、当院はどの重症度でも算定率が低かった。他院の算定理由を考察するために、「予定・救急医療入院区分」を用いたところ、他院は約85%の症例で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」を選択していることがわかった。呼吸不全については、救命救急入院料においても「急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪」として算定要件が存在する。そこで、呼吸不全（SpO2≤90%）に該当する肺炎症例の算定状況を分析すると、他院は約97%の症例で算定しているのに対し、当院は約53%の症例でしか算定できていないことがわかった。この結果について医師へ情報提供を行い、救命救急センターの適切な活用及び救命救急入院料の適正な算定への協力を得ることができた。

【考察】 DPCデータを用いることで、患者の重症度別や状態別等の算定状況を詳細に分析でき、算定ポテンシャルを具体的に把握することができた。今後もDPCデータを活用した分析を通じて、病院運営へ貢献していきたい。

O-6-13

材料ベンチマークシステムを活用した経費削減の取り組み

名古屋第二赤十字病院 管財課¹⁾、名古屋第二赤十字病院 副院長²⁾、名古屋第二赤十字病院 管理局長³⁾、名古屋第二赤十字病院 経理部長⁴⁾、名古屋第二赤十字病院 医療安全推進課⁵⁾、名古屋第二赤十字病院 経営企画課⁶⁾○松林 俊貴¹⁾、佐藤 公治²⁾、池上 健二³⁾、伊藤 豊⁴⁾、水野 純一⁵⁾、藤本 幸士¹⁾、中島健太郎⁶⁾

当院における診療材料費は、平成25～26年度の各年度で約38～39億円程となり、いずれも赤十字病院の中では突出した額であった増大する経費の早期抑制を目指し、本社主導下で導入したベンチマークシステムに加え当院単独でG社と契約し、経費削減への取り組みを本格化させた。

G社との契約は年換算の経費削減額が契約金額に達しない場合に、実割減額と契約金額との差額を返金する内容とし、ベンチマークの提供やコンサルティングそのものに要する費用が無駄にならないように考慮している（年換算のコスト削減額定義(旧単価－新単価)×年間数量(年間購買数量または年間契約単位数量)）。実際には、管財課所有の購買履歴から経費大となっている材料分野・領域を絞り込み、当該領域における削減ポテンシャル額をG社が算出、この結果を定期的に管財課と共有しながら値引き交渉の準備を進めた。ここでのボトルネックは多職種に及ぶ意思疎通であったがG社との情報共有＝いわば作戦会議の席上に経費削減を担当する副院長も参加し、院内調整や交渉の一翼を担うことで医療者のモチベーション低下抑止と交渉加速につなげた。

結果として、領域によって差はあるものの全体で約8300万円の削減ポテンシャルに対し約6100万円の値引き(いずれも年換算)を獲得した。ただし、一方では診療材料費そのものが未だ増加傾向であることも事実であり、より多くの使用頻度の高い材料の値引きと全体的な費用削減の取り組み強化の必要性という大きな課題にも直面している。これら当院の取り組みについて、個別領域における削減効果を交えて報告する。